

FACULTÉ DE MÉDECINE

DES
LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES
DE L'INDEX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

PAR

Jean NEIRAC

Né à Poussan (Hérault), le 7 décembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	ESTOR, Professeur. <i>Président.</i>	}	<i>Assesseurs.</i>
		GRANEL, Professeur.		
		RICHE, Agrégé		
		ETIENNE, Agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41554018_0034

DES
LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES
DE L'INDEX

DES
LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES
DE L'INDEX

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 Juillet 1914

PAR

Jean NEIRAC

Né à Poussan (Hérault), le 7 décembre 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

{ ESTOR, Professeur. *Président.*
GRANEL, Professeur.
RICHE, Agrégé
ETIENNE, Agrégé.

} *Assesseurs.*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson
1914



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.	MM. TEDENAT (*).
Clinique médicale.	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (O *).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie.	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ESTOR.
Microbiologie.	RODET.
Médecine légale et toxicologie.	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.	BAUMEL (*).
Pathologie et thérapeutique générales.	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H).
Clinique médicale.	RAUZIER (*).
Clinique obstétricale.	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.	VIRES.
Anatomie pathologique.	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*), GRASSET (O *).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.	MM. DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, a. l. (ch. dec.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.	P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examineurs de la thèse ;

MM. ESTOR, professeur, <i>président</i> .	MM. RICHE, <i>agrégé</i> .
GRANEL, professeur.	ETIENNE, <i>agrégé</i> .

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE MATERNEL

M. JEAN DÉHAN

Il nous inspira toujours un profond respect, par sa droiture, sa loyauté, sa modestie, que nous nous efforçons toujours d'imiter.

A MON PÈRE

Sentiment de piété filiale.

A MA MÈRE

Faible témoignage d'affectueuse reconnaissance pour les encouragements et les conseils qu'elle n'a cessé de nous donner.

J. NEIRAC.



A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MON COUSIN

LE DOCTEUR JOSEPH HÉRAN

*Pour tout l'intérêt qu'il nous a
témoigné durant le cours de
nos études médicales.*

A MES PARENTS

A MES AMIS

J. NEIRAC.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR ESTOR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GRANEL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RICHE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE

J. NEIRAC.

INTRODUCTION

Les luxations de l'index ne sont pas fréquentes en clinique. Et d'ailleurs, le pouce mis à part, les luxations des doigts sont des raretés.

Ce n'est pas seulement par leur caractère d'exception que les observations des luxations de l'index sont intéressantes, mais leur thérapeutique doit être bien connue, car le plus souvent réductibles, ces luxations sont fréquemment rendues irréductibles par des manœuvres intempestives.

Il est donc utile d'attirer l'attention sur ces faits, qui peuvent intéresser le praticien.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir bien doux et bien agréable à remplir. C'est une dette de reconnaissance envers les Maîtres qui, durant le cours de nos études médicales, n'ont cessé de nous prodiguer avec un dévouement et une sollicitude que nous n'oublierons jamais leurs leçons et leurs conseils éclairés.

Nous suivîmes avec un grand intérêt les leçons très claires de M. le professeur Estor, et nous le remercions très sincèrement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

M. le professeur Granel nous a toujours accueilli avec

bienveillance. Il s'est intéressé d'une façon toute particulière à nos études, et c'est avec une sollicitude toute paternelle qu'il nous prodigua toujours ses conseils et ses encouragements. Il nous donne aujourd'hui une nouvelle preuve de la sympathie qu'il a toujours eue pour notre famille. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

Nos remerciements vont aussi à M. le professeur agrégé Riche pour l'aimable accueil qu'il nous a toujours réservé et pour les documents qu'il a si gracieusement mis à notre disposition pour notre thèse.

En nous inspirant ce modeste travail, M. le professeur agrégé Etienne nous a donné une nouvelle preuve de l'intérêt qu'il nous a toujours témoigné. Nos remerciements ne sont que le faible témoignage de notre reconnaissance et de l'amitié bien sincère que nous avons pour lui.

DES

LUXATIONS MÉTACARPO-PHALANGIENNES

DE L'INDEX

HISTORIQUE

Depuis la thèse de Michelot, qui date de 1883, et qui est basée sur un cas de luxation compliquée de l'index, observée par Terrier et réduite par Farabœuf, et qui résume les faits connus jusqu'à ce jour, nous devons citer l'article de Polaillon paru dans le Dictionnaire Dechambre.

C'est Jalaguier qui, dans son mémoire de 1886, mit en valeur les particularités anatomiques de ces luxations et exposa les principes généraux et la technique de leur réduction.

Dans sa thèse de Montpellier, 1909, H. Giret étudia les luxations complexes de l'index. L'étude des diverses luxations de l'index fut reprise, en 1911, dans la *Revue d'Orthopédie*, par R. Le Clerc, dans un excellent mémoire basé sur 21 observations.

ETIOLOGIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Si l'on étudie les luxations des doigts, on s'aperçoit que ce sont les luxations du pouce qui sont les plus fréquentes. Parmi les quatre derniers doigts, ce sont les chefs de file qui sont le plus fréquemment luxés, index d'abord, auriculaire ensuite.

Nous n'avons retrouvé que 28 cas seulement de luxations de l'index; parmi ces 28 cas, 6 se rapportaient à des luxations en avant, et 22 à des luxations en arrière.

Ce sont surtout des enfants qui sont atteints. Parmi les adultes, les hommes sont plus fréquemment frappés que les femmes; Giret n'avait pas recueilli d'observations concernant une personne du sexe féminin; dans son travail, Le Clerc en rapporte trois cas: l'un a trait à une domestique (cas de Harrisson), les deux autres à des fillettes de 9 ans (cas de Braun) et de 2 ans (cas de Mouchet).

Les causes de la luxation sont dues à *une chute*, la main venant protéger le corps frappe le sol violemment. Parfois, il s'agit d'un traumatisme direct: coup porté sur la main, coup de pied de cheval par exemple.

Mais on retrouve le plus souvent une chute à l'origine de la luxation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° *Luxations en arrière.* — Avant d'en exposer le mécanisme, il est indispensable de faire l'étude anatomique de l'articulation normale.

Anatomie normale. — Les surfaces articulaires sont, du côté de la phalange, une cavité glénoïde plus étendue dans le sens transversal que dans le sens antéro-postérieur. Deux petites saillies limitent les faces latérales de cette glène.

Du côté du métacarpien, se trouve une tête aplatie transversalement, plus étendue sur la face palmaire que sur la face dorsale. Une dépression rugueuse limite ses faces latérales; en arrière, se trouve une saillie accentuée.

La tête métacarpienne est plus volumineuse que la cavité glénoïde de la phalange: cette cavité n'équivaut en effet qu'aux deux cinquièmes environ du volume de la tête.

La tête est recouverte d'une lame cartilagineuse plus épaisse en bas et en avant.

La cavité glénoïde est agrandie par une *lame fibro-cartilagineuse* située du côté palmaire.

Suivant les auteurs, cette lame porte les noms de: ligament glénoïdien, ligament sésamoïdien, fibro-cartilage d'agrandissement.

Sa forme est quadrilatère, elle s'insère sur la partie antérieure de la glène phalangienne, surtout au niveau de ses tubercules, puis se porte en haut et en avant pour aller s'insérer sur le col du métacarpien, où elle forme une espèce de collier assez lâche, presque sans adhérences.

Ce ligament glénoïde renferme fréquemment pour Poilaillon un os sésamoïde du volume d'une lentille.

Le ligament glénoïdien de l'index est rattaché en dedans au ligament glénoïdien du médius par l'épaississement de l'aponévrose antérieure des interosseux, qui porte le nom de ligament transverse des métacarpiens (Le Clerc).

Nous n'insistons pas sur la description des ligaments latéraux de la capsule, de la synoviale.

L'articulation métacarpo-phalangienne de l'index est une articulation condylienne jouissant de mouvements de flexion et d'extension, de mouvements d'inclinaison latérale, d'un mouvement de circumduction et de faibles mouvements de rotation.

Dans les luxations, le ligament glénoïdien est détaché de ses insertions métacarpiennes, qui sont normalement très faibles.

Parfois il est détaché près de son insertion supérieure et la tête du métacarpien a pu alors passer à travers cette déchirure (observation de Stimson).

Si les ligaments sont faiblement déchirés, la phalange remontera peu sur le dos du métacarpien et le ligament glénoïdien demeurera encore appliqué sur le bout ou sur la partie postérieure de la tête métacarpienne; c'est la *luxation incomplète*, difficile à observer, car elle se réduit immédiatement avec la plus grande facilité.

La phalange peut passer sur la face dorsale du métacarpien; le ligament glénoïdien glisse alors sur la tête du métacarpien pour s'appliquer sur sa face dorsale, c'est la *luxation complète simple*.

Si pour opérer la réduction l'on rabat la phalange en tirant suivant son axe (au lieu de la faire frotter sur le dos du métacarpien en repoussant le ligament glénoïdien), le bord phalangien du ligament glénoïdien se soulève et ce

ligament se retourne sur le dos du métacarpien, sa face palmaire reposant sur le dos du métacarpien; on transforme ainsi la luxation complète en *luxation complexe* qui est irréductible.

Il y a donc homologie complète avec les luxations du pouce, ainsi que le montra Jalaguier, et c'est *l'interposition du ligament glénoïdien qui est la cause de l'irréductibilité*. Cette irréductibilité est due, dans la majorité des cas, à des manœuvres thérapeutiques mal conduites. C'est ce qui s'était produit dans l'observation de MM. Etienne et Aimes. Dans le cas de M. Riche, le bord libre du ligament glénoïdien fut retrouvé dans l'interligne articulaire qu'il comblait.

Dans les cas graves, et surtout après des manœuvres de réduction brutales, on a pu constater l'arrachement de lamelles périostiques ou osseuses. Les ligaments latéraux sont rompus ou arrachés. C'est le ligament interne qui est le plus souvent lésé.

Poirier a montré que les mouvements d'extension relâchent les ligaments latéraux, tandis que les mouvements de flexion les tendent. Ils sont donc déchirés surtout dans les tentatives de réduction lorsqu'on fléchit la phalange sur le métacarpien.

Les parties molles voisines sont plus ou moins lésées par le traumatisme ou les manœuvres de réduction. Dans l'observation de Moutet, la tête du métacarpien avait même perforé la peau et se montrait à nu dans la paume de la main.

LE MÉCANISME des luxations de l'index s'explique aisément, grâce à ces connaissances anatomiques.

Un mouvement forcé d'extension amène le renversement de la première phalange en arrière; le ligament glénoïdien

arrache alors ses insertions métacarpiennes; c'est la luxation simple.

Si l'on produit un brusque mouvement de flexion, le ligament glénoïdien se retourne sur le dos du métacarpien suivant le mécanisme indiqué au cours de l'étude anatomique, et la luxation devient irréductible par interposition de ce ligament.

Les anciennes hypothèses émises pour expliquer cette irréductibilité sont donc abandonnées: Bell admettait, en effet, que des rapports anormaux se créent entre les deux os luxés (?); pour Dupuytren, les ligaments latéraux devenant perpendiculaires à l'axe des os au lieu de leur être parallèles, maintenaient la phalange fortement appliquée contre le métacarpien. Or, nous avons vu qu'ils étaient au contraire relâchés dans cette position. Petit, Cooper, Boyer, Moutet soutenaient la théorie de la *contractilité musculaire*.

2° *Luxations en avant*. — Il existe quelques cas de luxations de l'index en avant.

Polaillon en comptait trois cas, Le Clerc en retrouva trois autres; il s'agit donc d'une lésion exceptionnelle. Nanotti put reproduire cette lésion en luxant les doigts par une extension forcée jusqu'à déchirure du ligament glénoïdien, puis par une propulsion de la base de la phalange vers la paume de la main, et enfin rétropulsion de tout le doigt dans la direction de la racine de la main.

CLINIQUE

L'interrogatoire du blessé apprend qu'il a fait une chute sur la main, c'est ce que l'on retrouve dans la majorité des observations. Il a ressenti immédiatement une très vive douleur au niveau du doigt et s'est aperçu que ce dernier était déformé et qu'il ne pouvait s'en servir.

Constatant la déformation, il a alors essayé de la corriger ou de la faire corriger par un empirique ou par un docteur et c'est le plus souvent à ce moment qu'est pratiquée la flexion brusque de la phalange qui, loin de réduire la luxation, l'aggrave.

Si l'on examine le malade, on constate :

1° *Dans la luxation incomplète*, que l'index est renversé en arrière et fait avec le métacarpien un angle plus ou moins obtus. La phalangette est fléchie sur la phalangine. Sur la face palmaire, la tête métacarpienne est perceptible sous la forme d'une saillie dure.

2° *Dans la luxation complète*, le doigt est également renversé en arrière, mais il forme avec le métacarpien, un angle droit.

Tandis que dans le cas précédent, la tête métacarpienne

était recouverte par le tendon fléchisseur, et la sangle glénoïdienne, ici elle est à nu sous la peau.

Il existe entre elle et le bord antérieur de la phalange, une rainure qu'on augmente par l'extension de l'index.

3° Dans la luxation complexe, l'axe de l'index est dans l'axe du métacarpien, mais la tête métacarpienne fait saillie sur la face palmaire tandis que, sur la face dorsale, on peut percevoir la face articulaire de la phalange. La flexion est impossible, mais on peut étendre l'index.

Par suite de ce rabattement de l'index sur le dos du métacarpien (*luxation rabattue*) le doigt est raccourci d'environ un centimètre, parfois plus.

Dans l'observation de M. Riche (obs. II), il existait, au contraire, un allongement.

L'explication fut donnée par la radiographie et l'intervention: le ligament glénoïdien, au lieu de rester sur la face dorsale du métacarpien était descendu dans l'espace interarticulaire et le comblait, empêchant le chevauchement des deux os et déterminant leur écartement.

On constate encore au niveau des téguments un œdème plus ou moins net, une ecchymose plus ou moins accentuée. Dans le cas de Moutet, la peau était perforée et la tête métacarpienne était à nu dans la plaie.

La palpation est douloureuse, les mouvements spontanés sont complètement abolis. Les mouvements provoqués sont également limités et douloureux, la flexion est impossible.

Dans les luxations en avant, la position du doigt est variable. Dans le cas de Nannotti, l'axe de l'index était dans l'axe du métacarpien. Dans l'observation de Waldan, le doigt formait un arc de cercle regardant vers la paume de la main.

DIAGNOSTIC

Dans les cas typiques l'aspect de l'articulation et l'interrogatoire du malade permettront de faire le diagnostic.

L'*entorse* est, en effet, consécutive à un traumatisme du doigt, c'est une affection douloureuse et elle s'accompagne d'une tuméfaction nette, mais les mouvements passifs sont possibles quoique douloureux, la palpation ne permet pas de reconnaître un déplacement des deux os, enfin l'*entorse* guérit en quelques jours sauf si une arthrite se déclare. Elle est alors révélée par la persistance des douleurs, de l'impotence fonctionnelle, du gonflement et par des craquements.

Le diagnostic est plus délicat à poser si l'on se trouve en présence d'une *fracture de la première phalange*. Il faut, dans ces cas, rechercher avec soin la localisation précise de la douleur (le point douloureux existant à une certaine distance de l'articulation), la crépitation osseuse, la mobilité anormale, etc. La mobilité anormale peut être considérée comme un bon signe de fracture. Lorsqu'elle existe, puisque dans la luxation les mouvements sont abolis.

La fracture du col du métacarpien peut encore nous induire en erreur, mais « il sera toujours facile de distinguer cette fracture d'une luxation d'un doigt en avant,

par la crépitation d'abord, puis par la différence du niveau de la saillie dorsale. Dans la luxation, c'est la tête de l'os qui fait saillie et elle est sur le même niveau que les têtes voisines; dans la fracture, la saillie est à un niveau supérieur, ce qui laisse une dépression très marquée entre les têtes des deux os voisins » (Malgaigne).

Si malgré l'examen clinique quelque doute subsistait, il est un examen qu'il ne faut jamais omettre de pratiquer, c'est l'examen radiographique.

La radiographie permettra, non seulement de vérifier l'exactitude du diagnostic, mais encore renseignera sur la situation exacte des deux os, sur les lésions anatomiques, sur l'existence d'une interposition fibreuse, d'un sésamoïde, etc. C'est assez dire qu'on doit toujours l'utiliser.

Le diagnostic de luxation de l'index posé, il faut en indiquer la variété: luxation en avant ou en arrière et le degré; luxation incomplète, complète, complexe. Nous avons insisté sur ces divers points au chapitre de la clinique.

PRONOSTIC

Le pronostic de la luxation de l'index est sérieux car si cette lésion est mal soignée le doigt deviendra inutile et gênant.

Le doigt s'immobilise en mauvaise position et l'on sait combien la capacité fonctionnelle de la main est diminuée par la présence de cette tige rigide qui se heurte à tous les obstacles. Parfois des douleurs persistent.

Giret a emprunté au docteur Rémy le tableau de la diminution des fonctions ouvrières d'un index ainsi ankylosé. Ces notions sont aujourd'hui capitales au point de vue des accidents du travail, aussi reproduisons-nous ce tableau :

L'anneau pollici-digital est impossible; . .

La pince est également impossible.

Le fourreau est très diminué.

Le roulement des doigts très gêné.

La direction diminuée.

L'effort diminué.

La diminution de valeur pour la main considérée en elle-même et isolément est de $1/8$.

Pour le blessé considéré au point de vue de son aptitude au travail : si la main est active, de 7,5 ; si la main est passive de 6.

« La position en extension forcée est déplorable; elle doit être évaluée plus chèrement que la perte résultant d'une amputation; le doigt mutilé est, en effet, non seulement inutile, parce qu'il s'accroche à tout dans chaque tentative de travail, mais même nuisible... L'ankylose d'un doigt est souvent plus gênante que l'amputation et il n'est pas rare que les blessés nous demandent eux-mêmes de les en délivrer par le bistouri ».

TRAITEMENT

1° LUXATIONS EN ARRIÈRE. — La luxation incomplète se réduit facilement, une simple pression sur la base de la phalange suffit.

a) *Procédés dits de douceur.* — S'il s'agit d'une luxation complète simple, il faut éviter de la transformer en luxation complexe, par conséquent, il ne faut pas rabattre l'index et exercer des tractions dans l'axe du doigt.

On doit procéder comme pour la réduction de la luxation similaire du pouce: redresser fortement la phalange sur le métacarpien, presque perpendiculairement à celui-ci, sur le dos duquel doit s'appliquer la surface articulaire; en appuyant toujours fortement sur le métacarpien, on fera glisser la phalange toujours verticale, jusqu'à la tête métacarpienne qu'elle franchira en jetant devant elle le ligament glénoïdien; on rabattra alors seulement la phalange et le déplacement se trouvera réduit (Riche).

Dans la luxation complexe, il faut tenter la transformation en luxation complète simple: d'abord tractions sur la phalange dans l'axe du métacarpien, puis redressement de la phalange à angle droit et refoulement sur le dos du métacarpien, de façon à obtenir si possible le redresse-

ment du ligament glénoïdien. On achève l'opération comme pour la luxation simple.

Ces moyens de réduction doivent toujours être tentés, mais ils ne réussissent pas toujours, que la luxation soit irréductible parce que complexe ou trop ancienne. Il faut alors avoir recours au

b) *Traitement sanglant.* — Jalaguier préconisa l'*arthrotomie sous-cutanée* par laquelle le ligament glénoïdien est sectionné par une simple incision des parties molles. Mais outre que l'opération est aveugle, elle ne peut être efficace que dans les cas récents et avec l'asepsie ne présente pas d'avantages sur l'*arthrotomie à ciel ouvert* qui permet par un large accès sur l'articulation de se rendre facilement compte de l'obstacle à la réduction et de le sectionner.

Pour aborder l'articulation, plusieurs voies se présentent au chirurgien :

Incision externe : première opération de Symonds ;

Incision antérieure : opération de Borchard, de Mouchet.

Jalaguier rejette ces deux procédés « il est irrationnel dit-il d'attaquer les muscles et les ligaments latéraux dont la conservation est précieuse. L'incision du ligament glénoïdien par la voie palmaire est difficile et dangereuse ».

L'*incision dorsale* paraît réunir la grande majorité des suffrages. Elle permet d'aborder facilement l'articulation, c'est donc à elle qu'il faut recourir.

2° LUXATIONS EN AVANT. — Hoffa conseille d'abord l'extension jusqu'à ce que les surfaces articulaires soient de nouveau en contact et puissent être repoussées directement, tandis qu'on appuie le pouce de la paume vers la jointure ; pour terminer, on exécute une flexion du doigt luxé (Le Clerc).

Nannotti préconise la méthode de Lombard modifiée :

1° Fixation du métacarpien avec la main gauche, le pouce placé sous la paume ;

2° Flexion dorsale du doigt jusqu'à l'angle droit ;

3° Elévation du doigt, de façon que sa racine glisse vers le plan dorsal sur la tête métacarpienne ;

4° Flexion lente du doigt par une pression soutenue.

Si la réduction n'est pas obtenue par ces méthodes, l'arthrotomie est indiquée.



Radiographie de l'observation I

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Luxation complexe de l'index droit. Echec des méthodes non sanglantes. Réduction à ciel ouvert. Guérison.

Due à l'obligeance des Docteurs E. Etienne et A. Aimes, Société des Sciences Médicales de Montpellier, 11 avril 1913.

P. J..., 12 ans, entre le 11 juin 1912, salle Leenhardt, lit n° 4, pour traumatisme de la main droite datant du jeudi 6 juin.

Maladie actuelle. — Le 6 juin 1912, au début de l'après-midi, l'enfant jouait à la balle. Il recule et tombe sur la main droite, le pouce fléchi, l'index étendu. Ce dernier a été tordu et, après le traumatisme accompagné d'une douleur vive au niveau du doigt atteint, le malade ne peut mouvoir ce dernier.

Un docteur diagnostique une luxation de l'index et s'efforce de la réduire séance tenante; le lendemain, il constate que la réduction n'a pas été obtenue, et envoie le malade à Montpellier. Le docteur Riche, professeur agrégé, consulté, essaye la réduction non sanglante sous l'anesthésie locale, mais la luxation est complexe et toutes les manœuvres échouent. Il conseille l'intervention sanglante et le malade entre dans le service.

A l'examen, la main droite est le siège d'un gonflement

diffus, surtout marqué sur sa face dorsale et à la racine de l'index. Intégrité absolue du pouce, des trois derniers doigts et des métacarpiens. Intégrité du poignet.

Squelette de l'index intact.

A la palpation, on sent l'extrémité inférieure du deuxième métacarpien qui fait saillie à la face palmaire, l'extrémité supérieure de la première phalange de l'index fait, au contraire, une saillie dorsale.

Mobilité anormale dans le sens transversal.

Les mouvements d'extension et de flexion de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index sont abolis.

La radiographie confirme le diagnostic clinique: luxation dorsale interne de l'index droit, complexe et irréductible.

D'autre part, l'état général est bon, les appareils intacts, et dans les antécédents, nous ne relevons qu'une fièvre typhoïde à 11 ans. Opération le 13 juin 1912. Arthrotomie par la face dorsale. Il s'agit bien d'une luxation complexe avec interposition du ligament glénoïdien. Réduction facile, suture de la capsule, hémostase. Suture de la peau. Suites opératoires excellentes.

La mobilisation est commencée le dixième jour. Les mouvements reviennent petit à petit.

OBSERVATION II.

Luxation complexe irréductible de l'index droit. Réduction sanglante. Résultat fonctionnel satisfaisant.

Due à l'obligeance du Docteur Riche, Professeur agrégé à la Faculté.

J... François, âgé de 29 ans, garçon de café, fait le 6 avril 1908 une chute de bicyclette; le poids du corps porte sur le bord radial de sa main droite, qui repose à terre par

son bord cubital. Il accuse aussitôt une douleur assez vive et constate une déformation caractérisée par la déviation de l'index vers le bord cubital de la main; il est à noter, et le malade est très affirmatif sur ce point que le doigt à aucun moment n'a subi de déplacement dans le sens antéro-postérieur. L'impotence fonctionnelle est absolue dans l'articulation métacarpo-phalangienne.

Le même jour, le malade voit un empirique, qui pratique de vaines manœuvres de réduction; le lendemain, il consulte un médecin de la ville qui n'est pas plus heureux.

Je vois le malade à la consultation de chirurgie, le 17 avril, onze jours après l'accident. Il se plaint uniquement de la perte complète des mouvements de flexion de l'index droit, ce qui le gêne beaucoup, étant donnée sa profession.

A l'examen de la main droite, l'index et le médius, en extension, sont déjetés obliquement en dedans, vers le bord interne de la main, la phalange unguéale étant fortement déviée tandis que la phalange métacarpienne semble avoir gardé ses connexions normales.

On note un léger œdème au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index. En ce point, à la face externe, on sent la saillie formée sous la peau par la tête du deuxième métacarpien, plus nette que du côté sain; le tubercule phalangien est plus difficilement perceptible. La palpation dans le sens antéro-postérieur est douloureuse; elle permet de sentir l'interligne métacarpo-phalangien; il n'y a pas d'augmentation des dimensions antéro-postérieures, donc pas de chevauchement des extrémités articulaires; d'ailleurs la longueur du doigt est normale lorsqu'on le ramène dans la rectitude. L'index se laisse en effet ramener vers le bord radial, dans le prolongement de l'axe du métacarpien, *mais il n'y reste pas*, et reprend sa position oblique dès qu'il est abandonné à lui-même; on a

pendant cette manœuvre la sensation que la phalange glisse sur le métacarpien avec un frottement doux.

La flexion et l'extension des deuxième et troisième phalanges sont absolument normales; une très légère hyperextension est possible au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne; mais la flexion de la première phalange est absolument impossible; si l'on essaye de la provoquer en exerçant une pression sur sa face dorsale, on détermine de la douleur dans l'interligne articulaire; une résistance élastique, mais forte, maintient invinciblement la phalange dans sa position d'extension.

L'articulation métacarpo-phalangienne du médus est normale; les mouvements de flexion y sont limités, mais possibles dans une certaine étendue; quant au déplacement vers le bord cubital, il est la conséquence du refoulement par l'index lui-même dévié.

D'après ces données et l'affirmation du malade qu'il n'y a jamais eu de déplacement dans le sens antéro-postérieur, étant donnés les commémoratifs de chute sur le bord radial du doigt intéressé, je pense d'abord à une subluxation de la phalange en dedans avec rupture du faisceau métacarpo-phalangien du ligament latéral externe. Trouvant ensuite le tendon extenseur déjeté en dedans, je conclus qu'il y a eu probablement aussi déchirure de ses expansions fibreuses latérales et luxation interne de ce tendon, ce qui explique la sub-luxation de la phalange vers le bord cubital et aussi la reproduction spontanée du déplacement.

La radiographie est faite le lendemain, par mon ami, le professeur agrégé Gagnière. Elle montre, au niveau de l'index, un déplacement latéral de la phalange sur la tête du métacarpien: ce déplacement est tel que seule une très petite partie de la cavité glénoïde phalangienne, environ

le quart externe, est restée en connexion avec la tête métacarpienne, à sa partie la plus interne, le tubercule phalangien externe répondant à la partie moyenne de la tête. De plus, par comparaison avec les articulations voisines, un intervalle trois fois plus considérable qu'à l'état normal sépare l'une de l'autre les surfaces articulaires. Pas de sésamoïde; pas d'arrachement osseux. Au niveau du médius, il existe une légère obliquité de la phalange sur l'axe du métacarpien, mais les surfaces articulaires ont gardé leurs rapports normaux.

Je conclus donc à une *luxation incomplète de l'index en dedans*, maintenue par un déplacement de même sens des tendons extenseurs.

La date déjà pas très récente de l'accident, les caractères du déplacement, sa reproduction rapide après une correction facile, mais qui laisse entière la gêne fonctionnelle, ne me permettent pas d'espérer une réduction aisée. Aussi fais-je entendre à mon malade qu'il sera probablement nécessaire, en cas d'échec des tentatives de réduction sous anesthésie, d'en venir à la réduction sanglante.

Le 23 avril, sous l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle, je fais des tentatives de réduction. L'index se laisse facilement ramener dans la rectitude, vers le bord radial de la main, mais le déplacement se reproduit aussitôt, dès que cesse l'action de la force agissante. Malgré des pressions énergiques sur la phalange, la flexion est absolument impossible. Pensant alors à une *luxation complète* avec transport en dedans, déterminée par les tentatives de l'empirique, j'essaye la manœuvre de Farabœuf: tirant fortement sur la phalange, dans l'axe du métacarpien, de façon à écarter l'une de l'autre les deux extrémités articulaires, je tâche de la porter dans l'hyperextension sur le métacarpien; j'ai toujours la même sensation de résis-

tance élastique, mais que je ne puis surmonter. Ces tentatives sont vainement renouvelées, et je renonce à tout espoir de réduction par des procédés non sanglants.

Le lendemain 24 avril, dix-huit jours après l'accident, je pratique la réduction sanglante sous l'anesthésie locale cocaïnique. Incision dorsale allant de la partie moyenne du deuxième métacarpien à la partie moyenne de la phalange. Le tendon extenseur est normal, mais un peu déplacé en dedans; ses expansions fibreuses latérales sont absolument intactes. Je les sectionne parallèlement au tendon, et sur son bord externe, et pénètre ainsi dans l'articulation, après avoir récliné en dedans le tendon extenseur. Au premier abord, les surfaces articulaires ne sont pas visibles, et une exploration attentive est nécessaire pour se rendre compte de leurs rapports; je vérifie qu'il n'existe aucun déplacement de la phalange dans le sens antéro-postérieur. Déjetée en dedans, elle est séparée de la tête du métacarpien par un intervalle de 4 à 5 millimètres, que comble du tissu fibreux très résistant, interposé entre les deux surfaces articulaires. Il est impossible de voir nettement à quelle partie du surtout ligamenteux on a affaire; pendant qu'il s'agit du ligament glénoïdien, j'essaye en vain de le refouler vers la partie palmaire de l'articulation, et suis obligé d'en pratiquer l'ablation au bistouri, par morcellement. Aussitôt après, les surfaces articulaires apparaissent normales; l'index peut être remis dans l'axe du métacarpien, avec quelques craquements légers; la concordance est parfaite entre les surfaces articulaires, et le déplacement latéral n'a plus aucune tendance à se reproduire; la flexion de la phalange métacarpienne est complète et atteint 90°.

Les plans fibreux péri-articulaires de la région dorsale sont suturés au catgut; un petit surjet de soie fine rattache

au tendon son expansion fibreuse sectionnée; autour du tendon, une gaine celluleuse est reconstituée par quelques points de catgut. La suture cutanée est faite au crin de Florence, sans drainage; le doigt et la main sont immobilisés en extension sur une planchette.

La réunion se fait par première intention et la guérison est complète dans les premiers jours de mai; mais il existe de la raideur articulaire, et les mouvements de flexion sont très limités; je recommande au malade de mobiliser sa jointure le plus possible, et une amélioration notable se produit.

L'état actuel (novembre 1908) peut être considéré comme définitif. La cicatrice dorsale est souple, linéaire; les mouvements d'extension des trois phalanges sont aisés et normaux; la flexion des phalanges intermédiaire et unguéale est aussi normale; seule la flexion de la phalange métacarpienne reste limitée et ne dépasse pas 30°. Mais le malade se déclare très satisfait de ce résultat, qui lui permet d'exercer sa profession sans aucune gêne.

OBSERVATION III

Luxation en arrière de l'index droit sur le métacarpien chez un enfant de 11 ans.

Jalaguier. Luxation de l'index sur son métacarpien par le Docteur R. Le Clerc,
Revue d'Orthopédie, 1911.

En courant très vite, la main et les doigts étendus, l'enfant vint heurter violemment contre un arbre.

La douleur fut très vive, et l'enfant s'aperçut aussitôt que son index s'était redressé sur le dos de la main: il

chercha vainement à le remettre en place. Dans l'après-midi, des tractions énergiques furent exercées sur le doigt, à plusieurs reprises et sans aucun succès. L'enfant, qui est fort intelligent, a parfaitement remarqué que son doigt, très redressé avant la tentative de réduction, se trouva placé, à partir de ce moment, à peu près dans la même direction que les autres doigts.

En présence de cette luxation, qui de complète simple était devenue complexe, Jalaguier essaya, le surlendemain de l'accident, sous le chloroforme, la réduction par la méthode de l'impulsion avec refoulement forcé de l'index vers la base du métacarpien, telle qu'elle a été recommandée par Farabœuf, pour les luxations du pouce. Cette tentative ayant échoué, le treizième jour Jalaguier sectionna le ligament glénoïdien par voie sous-cutanée, ce qui amena la réduction du déplacement.

OBSERVATIONS IV ET V

Deux cas de luxation de l'index en arrière.

Otis, 1886. Luxation de l'index sur son métacarpien. R. Le Clerc, Revue d'orthopédie, 1912.

Dans le premier cas, le malade, qui ne pouvait supporter l'éther, ne permit pas des tentatives de réduction.

Le second cas, raconte l'auteur, se rapporte à un étudiant qui, en sautant, dans un concours d'athlétisme, tomba en avant, les doigts étendus. Immédiatement, il remarqua une difformité du doigt, et avec l'aide de ses camarades, essaya de remettre les choses en place. Sa tentative ayant échoué, il vint chez moi. Je cherchai à réduire la luxation

par la méthode Crosby. Je ne réussis pas; j'éthérisai le malade, et j'essayai à nouveau, mais sans succès. Après une série d'échecs, je déclarai au malade qu'une opération était nécessaire, qu'il fallait diviser un ou plusieurs ligaments. Le blessé s'y refusa et retourna chez lui. J'ignore ce qu'il est advenu de lui.

OBSERVATION VI

Harrison, in Le Clerc.

Une domestique se présente un matin à ma clinique. Elle raconte qu'en remuant une lourde boîte sa main avait glissé, et que la face palmaire de l'extrémité proximale de la phalange avait subi un choc violent au contact du rebord de la boîte. Depuis l'accident, qui s'était produit un quart d'heure avant, le doigt est immobilisé et douloureux. Je reconnus facilement une luxation en arrière de la première phalange de l'index sur le métacarpien. La réduction fut facilement obtenue, le pouce de la main gauche pressant sur la phalange déplacée, en même temps que de la main droite j'exerçais une traction sur le doigt.

Dans le cas donné, il s'agissait vraisemblablement, vu la manœuvre employée, d'une luxation incomplète.

OBSERVATION VII

Symonds, Soc. Clin. de Londres, 1888.

Garçon, 9 ans. Luxation produite par un coup de balle de cricket.

La première phalange de l'index était luxée en arrière et reportée légèrement sur le dos du métacarpien. La tête du métacarpien faisait saillie vers la paume, où la peau était très tendue et sur le point de se perforer. On essaya toutes les méthodes de réduction, y compris la division des ligaments en avant et autour de la tête métacarpienne. En fin de compte, grâce à une incision antéro-postérieure, l'article fut ouvert par sa face externe; la phalange se présentait nettement à l'observation (*fully exposed*); la tête du métacarpien, au contraire, était masquée par un surtout fibreux à travers lequel elle s'était engagée comme dans une boutonnière. Après section de cet appareil ligamenteux, la tête devint libre et la luxation se réduisit.

OBSERVATION VIII

Symonds, Soc. Clin. de Londres, 1888.

Garçon, 9 ans. Luxation produite dans une chute sur le doigt.

Symonds essaya en vain la division sous-cutanée des ligaments s'opposant à la réduction. Il pensa alors que l'incision avait été faite en mauvaise place.

OBSERVATION IX

Stimson, 1889, Société Chirurgicale.

Enfant de 11 ans. Luxation de l'index dans une chute sur la main étendue. Toutes les tentatives de réduction ayant échoué, Stimson avait ouvert l'articulation par une incision palmaire. Comme il s'y attendait, d'ailleurs, il trouva que l'obstacle à la réduction n'était autre que l'interposition du ligament glénoïdien. Le bord libre du ligament se trouvait fortement serré sur la face dorsale du métacarpien, tout près de la tête de cet os. Il y était si bien maintenu qu'avec un ténaculum on ne put l'en dégager. Ce ne fut qu'après l'avoir sectionné qu'en on obtint la libération.

Réunion *per primam*. Seize jours après l'accident, rétablissement presque complet des mouvements de la jointure.

OBSERVATION X

Robson, in Le Clerc.

Luxation de l'index en arrière, produite dans une chute, un mois avant l'admission à l'hôpital. La réduction fut tentée, mais en vain, sous l'anesthésie chloroformique.

Par une incision latérale externe, l'articulation fut ouverte. Le fibro-cartilage antérieur était interposé entre les os, où il était *retenu par le ligament latéral externe*. Après

section de ce ligament, le fibro-cartilage fut retiré de l'espace interarticulaire à l'aide d'un crochet mousse, et la réduction s'opéra facilement.

La plaie se ferma par première intention, et lorsque le malade revint un mois après, on constata que tous les mouvements de l'articulation se faisaient parfaitement.

OBSERVATION XI

Borchard, mémoire in Le Clerc.

Fillette, 9 ans. Luxation postérieure de l'index dans une chute sur la main étendue.

Sous l'influence des tentatives de réduction pendant le sommeil anesthésique, tous les mouvements sans doute se laissent exécuter presque normalement, lorsque, par la traction, on a placé les deux surfaces articulaires en regard l'une de l'autre. Cependant on sent au niveau de l'articulation une résistance mollesse comme de la plume (*weichen federnden Widerstand*). Lorsque l'on cesse la traction, le doigt reprend sa formation primitive. Au moment de l'opération, pratiquée par la paume, la mise à découvert de l'articulation montre que la capsule a été arrachée en travers, tout près de la tête du métacarpien, et s'est collée sur la surface articulaire de la première phalange, de sorte qu'elle dut être désengagée et ramenée en avant. Alors la réduction se fit facilement. Suture de la capsule et de la peau. Au bout d'environ quatorze jours de mobilisation active et passive, la malade cessa tout traitement.

OBSERVATION XII

Luxation en arrière de l'index.

Jalaguier, 1903, Bulletin de la Société de Chirurgie.

Albert D..., 14 ans. Le 24 mai 1903, l'enfant fit une chute en sautant un fossé; il tomba sur l'extrémité des doigts en extension; il ressentit une très vive douleur et, en se relevant, il remarqua une saillie anormale sur le dos de la main, au niveau de la tête du deuxième métacarpien gauche; le doigt restait en extension forcée; la flexion était impossible.

Deux tentatives de réduction:

Une première fois, le jour même de l'accident, sans anesthésie, par un médecin, qui exerça des tractions directes.

Une deuxième fois, par Gérard Marchand, avec anesthésie générale.

L'enfant entra aux Enfants-Assistés le 27 mai. La radiographie montra très nettement une luxation en arrière de l'index sur le métacarpien, avec interposition d'un os sésamoïde.

Le 28 mai, après anesthésie générale, on se rend bien compte de la disposition des parties sur la face dorsale de la main, au-dessus de l'interligne métacarpo-phalangien, saillie formée par l'extrémité postérieure de l'index. Sur la face palmaire, autre saillie osseuse formée par la tête du métacarpien au-dessous du deuxième pli de la flexion palmaire.

Introduction sur la face dorsale, en dehors du tendon

extenseur, à 2 centimètres de l'articulation, d'un long ténotome qui va sectionner le ligament glénoïdien interposé; immédiatement, la luxation se réduit sous l'influence d'une légère traction.

Le doigt est immobilisé en flexion forcée pendant huit jours. Puis mobilisation et massage.

Le 1^{er} août, l'enfant avait retrouvé presque tous ses mouvements.

Le 25 novembre, le fonctionnement de l'articulation est absolument normal.

OBSERVATION XIII

Mouchet, 1910, in Le Clerc.

Fillette de 2 ans. Cette enfant est tombée, le 4 juillet, du premier étage dans la rue; elle fut transportée à l'hôpital Bretonneau, où on remarqua une fracture des deux os de l'avant-bras droit et une fracture du radius gauche.

Le 16 août suivant, la mère consulta pour une déformation de l'index droit de sa fille. Mouchet crut d'abord à un décollement épiphysaire du deuxième métacarpien avec persistance d'une saillie diaphysaire dans la paume de la main. Mais le lendemain, au moment de l'intervention, il lui sembla qu'il était plutôt en présence d'une luxation en arrière de l'index. Après une tentative infructueuse de réduction, il eut recours à l'opération sanglante.

« J'incisai donc sur la face palmaire de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index, je sectionnai les ligaments assez solides — parce que rétractés depuis l'accident survenu six semaines avant — qui étaient interposés

entre la face dorsale du métacarpien et la face palmaire de la phalange de l'index, et je pus réduire la luxation de ce doigt.

Pansement, le doigt étant maintenu en flexion pendant quinze jours. Guérison complète.

OBSERVATION XIV

R, Le Clerc, Revue d'orthopédie, 1911.

Luxation complète complexe de l'index gauche en arrière.

Une femme de 47 ans, internée à l'Asile d'aliénés de Saint-Lô pour débilité mentale et épilepsie, dans une attaque, à cinq heures du matin, tombe sur la main gauche projetée en avant. Revenue à elle, elle ne peut remuer son index gauche, qui est le siège de déformation en arc de cercle immédiatement reconnue par la sœur de la section.

Avec plus de persévérance que de bonheur, on essaye, par des tractions directes, de réduire cette luxation.

Je vois cette malade à la visite du 20 octobre 1910.

L'index, dans sa première phalange, est rectiligne et continue la direction du métacarpien correspondant; la phalangine et la phalangette forment un arc de cercle à très grand rayon.

La tête métacarpienne est superficielle et toute entière dans la paume de la main, au niveau de laquelle elle fait saillie. Sur la face dorsale, on sent nettement toute la surface articulaire de la phalange, dont le bord antérieur repose sur la partie postérieure de la tête du métacarpien.

L'index peut être redressé sans douleur, mais il retombe aussitôt dans sa position première. La flexion de l'index

sur le métacarpien, celle des phalanges les unes sur les autres est impossible et douloureuse.

En présence de tous ces signes, qui rappellent trait pour trait la luxation complexe du pouce, j'endormis la malade.

Après anesthésie complète, on se rend compte que la phalange, étant redressée, laisse entre elle et la face dorsale du métacarpien un hiatus où se trouve quelque chose, évidemment le ligament glénoïdien.

La main étant solidement appuyée par la paume et bien fixée, je redresse verticalement la phalange de l'index, je la porte fortement en arrière, je l'applique sur le dos du métacarpien, puis, de la cavité glénoïde, je rabote de près et d'arrière en avant le métacarpien. Lorsque la phalange est arrivée à l'extrémité de sa course, un léger ressaut se produit, et immédiatement elle se retrouve dans sa position normale.

Le doigt est immobilisé pendant quarante-huit heures. Au bout de huit jours, la malade possédait tous les mouvements de sa jointure et pouvait reprendre intégralement son travail de couture journalier.

OBSERVATION XV

Moutet in Thèse Giret (résumée).

Le 14 août 1860, P. G..., adulte, a fait une chute, quelques instants auparavant, d'une hauteur de 4 à 5 mètres. Il est tombé sur les mains étendues, mais principalement sur la gauche, qui a heurté, par le côté externe, contre l'angle d'une poutre, d'où elle a glissé sur le sol. *La tête du deuxième métacarpien fait saillie tout entière à 2 cen-*

timètres du second espace interdigital. *La peau a été déchirée en travers*, et les lèvres de la plaie sont exactement appliquées contre le col de ce renflement osseux, qui en est comme étranglé, surtout en haut et en avant. En arrière de l'extrémité articulaire ainsi dénudée, existe une dépression profonde; la lèvre postérieure de la plaie est comme enfoncée, et à quelques millimètres au-dessous se trouve un sillon prononcé qui gagne en montant le bord externe de la paume de la main.

Sur la face dorsale, on sent sur le métacarpien une saillie très marquée, surmontée à son tour par une dépression.

Les mouvements spontanés sont impossibles, mais on peut imprimer au doigt quelques mouvements limités de flexion et des mouvements plus étendus d'extension et de latéralité, pendant lesquels la saillie dorsale indiquée se porte dans une direction opposée.

Anesthésie. Traction sur l'extrémité du doigt luxé; immédiatement, la tête du métacarpien rentre sous la peau. L'extension est exercée avec plus de force et la phalange se dégage, quand son extrémité supérieure est arrivée au niveau de l'articulation, un brusque mouvement de flexion est imprimé au doigt. Le bruit caractéristique, le rétablissement de la direction et de la forme des parties et la facilité des mouvements même spontanés, indiquent que la réduction est obtenue.

Des bandelettes de diachylon et une bande roulée autour du poignet, de la main et du doigt sont appliquées pour immobiliser les parties.

Le malade sort, et sans tenir compte des recommandations, se livre à des exercices fatigants. La plaie suppure et oblige à faire une contre-ouverture au côté externe et postérieur de l'intervalle qui sépare le pouce et l'indicateur.

Le doigt luxé récupère graduellement sa souplesse et le malade ne tarde pas à reprendre ses occupations.

OBSERVATION XVI

(Résumée)

Jouon, Gaz. Méd. de Nantes, 1906.

Gargon, 8 ans, tombe de sa hauteur sur l'index en extension forcée. Douleurs et impotence. L'enfant est conduit à une rebouteuse qui, tirant en rabattant le doigt, transforme la luxation complète en luxation complexe.

Le docteur Gourdet, chez lequel on conduisit l'enfant quelques jours après, reconnut cette luxation et essaya de la réduire avec la pince de Farabeuf. Ne pouvant réussir sans anesthésie, il conseilla à la mère de faire entrer l'enfant au service de chirurgie infantile.

Examen du malade, 5 juin; diagnostic: luxation dorsale complexe métacarpo-phalangienne de l'index gauche. On sent dans la paume de la main la saillie arrondie de la tête métacarpienne, le doigt est immobile, mais parallèle et sus-jacent au métacarpien. Radiographie, confirme diagnostic.

Le 14 juin, sous anesthésie, on essaye la réduction avec la pince de Farabœuf, mais sans succès. Arthrotomie: on reconnaît le retournement et l'interposition de la sangle sésamoïdienne que l'on débride sur les côtés et que l'on réintègre sur la face palmaire. La réduction est alors facile. Reconstitution de la partie dorsale de la capsule au catgut. Le doigt est immobilisé en flexion au moyen d'une attelle en gutta-percha. Au dixième jour, on commence la mobilisation.

OBSERVATION XVII

Vauverts, Annales de la Soc. Belge de Chirurgie, 1906.

C..., 9 ans, chute sur la main, 1^{er} août 1905. Le docteur appelé quelques jours après pose le diagnostic de: luxation métacarpo-phalangienne de l'index gauche, exerce des tractions et croit réduire. Gonflement notable de la région. Après disparition du gonflement, luxation existe.

Examen radioscopique: luxation sans fracture.

Tractions violentes exercées en vain sur la phalange.

13 septembre: la première phalange de l'index gauche est en extension exagérée, la gauche est fléchie. Tête métacarpienne fait saillie en avant. Le bord postérieur de la glène phalangienne est sur un plan postérieur à la face postérieure du métacarpien; cette disposition s'accroît quand on met la phalange en hyper-extension. Hyper-extension atteint une étendue normale; la flexion est impossible, on se rend compte que la glène phalangienne est retenue au bout de la tête du métacarpien par un lien qui empêche de l'amener en avant à sa place normale.

15 septembre: essais vains de réduction sous chloroforme par la méthode de Farabœuf.

18 septembre: chloroformisation. Incision longitudinale externe. Bande de tissu fibreux que l'on excise, on obtient la réduction. Drainage articulaire avec trois crins, reconstitution des parties fibreuses au catgut. Crins cutanés. Appareil plâtré, phalange mise en demi-flexion, suites simples. Réunion *per priman*.

10 novembre, on commence mobilisation.

17 novembre: sous chloroforme, flexion de la phalange sans trop de difficultés on perçoit des craquements dus à la rupture d'adhérences. Immobilisation en flexion à l'aide d'une simple bande pendant quarante-huit heures.

27 novembre: reprise des séances de mobilisation.

Résultat: flexion spontanée des trois phalanges, incomplète quand elle se fait simultanément dans les trois articulations; à peu près complète pour chacune quand les deux autres sont en extension. Il en est de même de la flexion provoquée qui est naturellement plus accusée et peut être obtenue dans les mêmes conditions. Il semble que le grand obstacle à la perfection de la flexion provienne d'un raccourcissement du tendon extenseur.

OBSERVATION XVIII

Moisan, Journ. des Sc. méd. de Lille, 1909.

9 juin 1908, entre dans le service de M. le professeur Duret, Julien X..., 7 ans, pour une luxation métacarpophalangienne de l'index droit, consécutive à la chute d'un couvercle de coffre de bois sur la main. Le couvercle tombant au niveau du second métacarpien aurait occasionné une luxation *par cause directe*.

Extérieurement, aucune malformation; raccourcissement insignifiant, volume un peu augmenté, l'index est dans l'axe de la main ou plutôt en légère extension. A la face palmaire, au niveau du pli correspondant à l'articulation, un *pincement de la peau* assez prononcé.

Mouvements spontanés impossibles. Vive douleur dans toute la région et présence de la tête du métacarpien à la

face palmaire. Les mouvements communiqués manifestent également la solution de continuité entre les surfaces articulaires. Luxation complexe.

Radiographie confirme diagnostic.

Luxation qui, primitivement simple, est devenue complexe par suite des manœuvres malheureuses de réduction. Intervention eut lieu, 11 juin. Opération à ciel ouvert, incision de quelques centimètres sur la face dorsale du métacarpien et de la première phalange de l'index. Dégagement de l'extrémité de la phalange et du ligament glénoïdien qui, avec les ligaments latéraux constituait un obstacle invincible à la réduction. Ligament glénoïdien sectionné et la coaptation des deux surfaces articulaires put se faire immédiatement.

Quelques points de suture. Pansement, appareil plâtré pour maintenir réduction. Quelques jours après pansement, appareil enlevé, malade sort de l'hôpital après avoir récupéré tous les mouvements de l'index.

OBSERVATION XIX

Morestin, Soc. anatomique, octobre 1905.

Marcel M..., 10 ans, jouait avec son frère quand celui-ci tomba lourdement sur le dos de la main de Marcel ce qui eut pour conséquence de porter tous les doigts, surtout l'index, dans l'hyper-extension. Pas de douleur, mais une déformation se produisit au niveau de l'index. Un médecin fait quelques tentatives de réduction sans succès.

Accident a eu lieu le 8 août, et entrée le 10 septembre à l'hôpital.

Index très légèrement raccourci, présente à sa racine

une sorte d'épaississement. Doigt en extension assez marquée exécutant spontanément des mouvements d'extension et de flexion, mais ces mouvements se passent dans les articulations inter-phalangiennes.

12 septembre: sous anesthésie, tentatives de réduction.

15 septembre: on pratique la reposition sanglante. Incision de 4 centimètres; on libère au bistouri la base de la phalange puis la partie accessible du métacarpien. Le chirurgien se sert d'une rugine courbe pour rompre les adhérences en contournant le bout du métacarpien et comme levier pour pousser la phalange en avant. Reposition fut effectuée. Point de suture sur le manchon aponévrotique et plaie refermée avec des fils de soie. Compresses et bande de crêpe un peu serrée, suites opératoires bonnes. Ce malade quitte l'hôpital. Le 27 septembre, on constate que l'articulation reste empâtée.

La situation s'est graduellement améliorée, Marcel M..., se sert de sa main droite et n'en souffre aucunement.

Les mouvements de flexion et d'extension s'exécutent dans l'articulation reconstituée, mais ils sont limités, ils n'atteignent pas la moitié de l'amplitude normale. Les mouvements de latéralité sont à peu près abolis. L'articulation reste en somme raide et imparfaite et le sujet utilise surtout les jointures inter-phalangiennes.

OBSERVATION XX

Terrier, in Thèse Michelot Paris 1883.

17 mai, R..., 45 ans, tombe et le rouleau d'une machine à écraser le macadam lui passe sur la main. Tout est protégé par les cailloux avoisinants, sauf un point de la face

dorsale du deuxième métacarpien. Il va chez un médecin qui n'ayant pu lui extraire un caillou qu'il avait cru voir dans la plaie, lui conseille d'aller à l'hôpital.

Symptômes: plaie contuse, siégeant immédiatement au-dessous de la partie externe du pli moyen de la main, à travers laquelle fait issue la tête du métacarpien. Luxation en arrière. Manœuvres de Farabœuf; réduction apparente; antiseptie de la plaie, deux points de suture et pansement de Lister.

18 mai: douleurs moins vives, mais sur la face dorsale existe une dépression au niveau de l'extrémité du métacarpien. Certains mouvements sont possibles.

19 mai: M. Terrier diagnostique une luxation avec interposition du ligament glénoïdien, enlève les points de suture et fait en vain des tentatives de réduction au chloroforme.

20 mai: réduction. M. Farabœuf pousse en avant la phalange placée dans l'extension à angle droit, pendant qu'il appuie fortement sur la tête du métacarpien. Continuant à presser, il finit par établir un contact osseux; alors grattant d'arrière en avant le dos du métacarpien, il rejette le fibro-cartilage et rabat ensuite le doigt. Réduction complète. Appareil plâtré dorsal. Suppuration commence quelques jours plus tard.

7 juin: localement, gonflement assez considérable. Au dos de la main, phlegmon chronique suppuré.

En remuant l'index, craquements au niveau de l'articulation.

CONCLUSIONS

I. Les luxations de l'index sont rares, mais méritent d'être bien connues si l'on veut les traiter rationnellement.

II. On peut les diviser en :

- a) Luxations incomplètes rarement observées parce que facilement réductibles;
- b) Luxations complètes simples;
- c) Luxations complexes.

III. La grande majorité des luxations complexes sont dues à des manœuvres de réduction irrationnelles et résultent de la transformation d'une luxation complète simple.

IV. Les luxations complexes sont irréductibles par interposition du ligament glénoïdien métacarpo-phalangien qui se retourne complètement sur le dos du métacarpien.

V. Le diagnostic de luxation de l'index est facile, il suffit d'examiner le malade avec soin pour éliminer la simple entorse ou les fractures phalangiennes ou métacarpiennes.

VI. Le pronostic de ces luxations est sérieux car un doigt immobilisé en extension constitue une infirmité très gênante.

VII. Le traitement des luxations incomplètes et complètes simples ne présente aucune difficulté. Il faut éviter seulement de transformer la luxation simple en luxation complexe.

En présence d'une luxation complexe, essayer d'abord les manœuvres de douceur, et si l'on échoue, recourir aux interventions sanglantes.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 17 juillet 1914.

P. le Recteur,
Le Doyen de la Faculté de Médecine, délégué,
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 16 juillet 1914

Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

- BIDE. — Thèse de Paris, 1879.
- BORCHARD. — Luxations irréductibles des doigts. Deutsch. Med. Woch., 19 avril 1894.
- BOYER. — Leçons sur les maladies des os, t. I.
— Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1875.
- CHASSAIGNAC. — Traité clinique des opér. chir., t. II.
- DUCHENNE (de Boulogne). — Physiologie des mouvements.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- DUPUYTREN. — Leçons orales de clinique chirurgicale. Paris, 1839, 2^e édit., t. II.
- ETIENNE et AIMES. — Luxation complexe de l'index droit. Soc. des sc. méd. de Montpellier, 11 avril 1913.
- FARABŒUF. — Bull. de Soc. de chir., 1876.
- FORGUE. — Précis de pathol. externe, t. I.
- FORGUE et JEANBRAU. — Guide du médecin dans les accidents du travail.
- FRUCHAUD. — Thèse de Paris, 1891, n° 22.
- GIRET. — Thèse de Montpellier, 1909, n° 33.
- HARRISSON. — Luxation de la première phalange de l'index en arrière. The Lancet, 12 nov. 1887.
- HUGUIER. — Arch. gén. de médecine, 1873.
- JALAGUIER. — Arch. gén. de médecine, février 1886.

- Thèse d'agrégation. Paris, 1886.
— Bull. de la Soc. de chir., 1903.
- JAPIOT. — Thèse de Paris, 1875.
- JOUON. — Gaz. méd. de Nantes, 1906.
- LE CLERC. — Revue d'orthopédie, 1911, p. 227.
- LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chir., t. IV.
- LONGUEVAL. — Thèse de Lille, 1887.
- MALGAIGNE. — Traité des fractures et luxations, t. II.
— Journal de chirurgie, 1843.
- MARCHAND. — Thèse d'agrégation. Paris, 1875.
- MOISAN. — Journal des Sc. méd. de Lille, n° 4, 23 janvier 1909.
- MOLLIÈRE. — II^e Congrès français de chir., 1886.
- MORESTIN. — Bull. de la Soc. anatom. Paris, 1905, p. 757.
— Ann. de la Soc. belge de chir., 1906.
- MOUCHET. — Soc. anatom. de Paris, 1910, p. 803.
- NANNOTTI. — Lo sperimentale atolne, 1887.
- NÉLATON et PÉAN. — Eléments de pathol. chirurg., t. III.
- OLLIER. — Traité des résections.
- OTIS. — Boston Med. Journ., 2 sept. 1886, p. 202.
- PAILLOUX. — Thèse de Paris, 1829.
- PICHON. — Arch. gén. de méd., 1906, p. 24.
- POIRIER. — Arch. gén. de méd., 1889.
- POLAILLON. — Dict. encycl. des Sc. méd. Art.: doigt.
— Bull. Soc. de chir., 1883.
- RICHE. — Montpellier Médical, 1908, n° 51.
- ROBSON. — The Lancet, 1890.
- STIMSON. — New-York Med. Journ., 1889.
- SYMONDS. — British Med. Journ., 1888, p. 588.
- TILLAUX. — Soc. de chir., 1875.
- VAUVERTS. — Ann. de la Soc. belge de chir. et Journal de chir., 1906.
- WALDAU. — Centralblatt für Chir., 1895, p. 1010.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
